

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

N° W19-446919

ND: 30102

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2069

Société : RAM

Actif

Pensionnée

Autre

Nom & Prénom : Mr. Soummane Abdessadeq

Retraité

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : Habituelle

0766 60 67 89

120 Dhs + 426.90

Tél. 0522856583

Total des frais engagés :

546.90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور إل كاichi فاطمة  
N°1, Imm.A28 Résidence Adamane  
Aïn chock-CASA-Tél:0522.50.11.90

Date de consultation : 26/05/2020

Nom et prénom du malade : SOUMMANE Abdessadeq

Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bronchite - Allergie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/05/2020

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/05/2020	C	G	120.017	INP : 091054896 الدكتور فاتحه El Raichi.Fatiha N°1 Immeuble 28 Residence Addamane Tunis - 1000 - TUNISIE - TEL: 0933 50 33 90

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE du MAR Mme. EN ALAOUI Aicha 575, Av. du 2 Mars Andalous 1 Tél: 05 22.28.57.84 - Casablanca	26/05/20	426,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
D			
00000000	00000000	35533411	11433553
B			

**MONTANTS**

## [Création, remont, adjonction]

#### Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DES SOINS  DATE DU DIVIS
	D	G	

Docteur Fatiha EL KAÏCHI  
Médecine générale

N° 1, Imm . A 28 Résidence ADDAMANE  
Aïn Chock - Casablanca  
Tél : 05 22 50 11 90

الدكتورة فتيبة القيشي  
الطب العام

رقم 1، عمارة 28 إقامة الضمان (الضحي)  
عين الشق - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 50 11 90



Casablanca, le : 26/05/2020

M<sup>È</sup> SOUNHANE Abdessadeq

282,00

1) Factice :



9050 1cp 1j au cours d'un repos x 0<sup>+</sup> j.

2) Xyzall 5mg,



30,00 1cp 1j le Soir.

3) Prospan 100mg



2440 1cās x 3 1j n, ActS.

4) Acquiesadol Paracétamol adulte.



1 nappo x 2 1j ActS.

426,90

PHARMACIE du 2 MAI  
Mme EL ALAOUI Aicha  
575, Av. du 2 MAI, Andalous 1  
Tél : 05.22.23.37.31 - Casablanca

الدكتورة فتيبة القيشي  
Docteur El Kaichi Fatiha  
N°1, Imm.A28 Résidence Addamane  
Aïn chock - CASA - Tél : 05 22 50 11 90

